วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย
Health Science Journal of Thailand

การพัฒนาระบบบูรณาการการดูแลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเครือข่ายสุขภาพอำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช

Development of an Integrated Home-Based Continuum of Care System for Stroke Patients in the Phrom Khiri District Health Network, Nakhon Si Thammarat Province

เฉลียว ผจญภัย[1], เกสราวรรณ ประดับพจน์[1]*, สุมลรัตน์ ขนอม[2]
Chaleaw Phajonpai[1], Kessarawan Pradubpoth[1]*, Sumonrat Khanom[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของระบบบูรณาการการดูแลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเครือข่ายสุขภาพอำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช ดำเนินการ 4 ระยะ ได้แก่ 1) ศึกษาบริบทและวิเคราะห์ปัญหา 2) พัฒนารูปแบบการดูแลแบบมีส่วนร่วมภายใต้ PHROM KHIRI Model โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ House 3) ทดลองใช้รูปแบบด้วยการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง เป็นเวลา 20 สัปดาห์ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลหลัก 38 คู่ และ 4) ประเมินผล ปรับปรุง และขยายผล เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม และแบบประเมินการดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนจากชุมชน คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา Paired t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่าหลังทดลองใช้ PHROM KHIRI Model คะแนนเฉลี่ยการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลการสนับสนุนจากชุมชน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ย 0.28 คะแนน (95% CI: 0.21–0.35), 0.63 คะแนน (95% CI: 0.47–0.79) และ 0.55 คะแนน (95% CI: 0.42–0.68) ตามลำดับ ผู้เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยรวมในระดับดีมากร้อยละ 81.43 สรุปได้ว่า PHROM KHIRI Model ช่วยจัดระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านให้เชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการครอบครัว และชุมชน ส่งผลให้การดูแลของผู้ดูแลการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน, แรงสนับสนุนทางสังคม

* Corresponding author: Email: kessarawan2514@gmail.com, Tel: 0813265799
Received: 8 Apr 2026; Revised: 15 Jun 2026; Accepted: 17 Jun 2026

Citation:
Phajonpai C, Pradubpoth K, Khanom S. Development of an integrated home-based continuum of care system for stroke patients in the Phrom Khiri District Health Network, Nakhon Si Thammarat Province. Health Sci J Thai 2026; 8(2): 36-46. (in Thai); https://doi.org/10.55164/hsjt.v8i2.281467

[1] โรงพยาบาลพรหมคีรี นครศรีธรรมราช 80320
[2] สาธารณสุขอำเภอลานสกา นครศรีธรรมราช 80230
[1] Phrom Khiri Hospital, Nakhon Si Thammarat, 80320, Thailand
[2] Lansaka District Public Health Office, Nakhon Si Thammarat, 80320, Thailand

Abstract

This research and development study aimed to develop and evaluate the effectiveness of an integrated home-based continuum of care system for stroke patients in the Phrom Khiri District Health Network, Nakhon Si Thammarat Province. The study was conducted in four phases: 1) exploring the context and analyzing care-related problems; 2) developing a participatory care model under the PHROM KHIRI Model, based on House's social support concept; 3) implementing the model using a one-group pretest–posttest quasi-experimental design over 20 weeks among 38 stroke patient–primary caregiver dyads; and 4) evaluating, refining, and expanding the model. Data were collected using interview guides, focus group guides, caregiver care assessment forms, community support assessment forms, quality-of-life assessment forms, and satisfaction questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-tests, and content analysis. The results showed that, after implementation, the mean scores for caregiver care, community support, and patients' quality of life increased significantly, with mean differences of 0.28 points (95% CI: 0.21–0.35), 0.63 points (95% CI: 0.47–0.79), and 0.55 points (95% CI: 0.42–0.68), respectively ($p < 0.001$). Stakeholders' overall satisfaction with the developed model was at a very high level (81.43%). In conclusion, the PHROM KHIRI Model strengthened the linkage among health services, families, and communities, resulting in improved caregiver practices, social support, and quality of life among stroke patients.

Keywords: Stroke, Home-based continuum of care, Social support

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการในประชากรทั่วโลก โดยข้อมูลจาก World Stroke Organization รายงานว่าในปี ค.ศ. 2021 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ 11.9 ล้านคน ผู้รอดชีวิตจากโรค 93.8 ล้านคน และผู้เสียชีวิต 7.3 ล้านคน สะท้อนภาระโรคที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง[1,2] การวิเคราะห์แนวโน้มระหว่างปี ค.ศ. 1990–2019 พบว่า จำนวนผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นร้อยละ 70 และจำนวนผู้รอดชีวิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 85 แสดงถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ[3] ในประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพในระดับประเทศ โดยกระทรวงสาธารณสุขมีการติดตามสถานการณ์ผ่านระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ ทั้งด้านอัตราการป่วย ผู้ป่วยรายใหม่ และอัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง[4] ขณะเดียวกัน กรมควบคุมโรคระบุว่าโรคหลอดเลือดสมองสามารถป้องกันได้เป็นส่วนใหญ่ หากประชาชนสามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ภาวะน้ำหนักเกิน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม และการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ[5] จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 ซึ่งเป็นข้อมูลระดับประเทศที่พบว่าประชาชนไทยยังมีภาระปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายด้าน ทั้งโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะอ้วน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ซึ่งล้วนเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงโรคหลอดเลือดสมอง[6]

จากการทบทวนวรรณกรรม มีการพัฒนาเครื่องมือประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อช่วยให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถประเมินความพร้อมและวางแผนการดูแลต่อเนื่องได้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยไทย[6] อย่างไรก็ตาม การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลยังมีความท้าทายหลายประการ โดยเฉพาะความไม่มั่นใจของผู้ดูแล การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการเข้าถึงคำปรึกษาจากทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง[6,7] การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมาน พบว่า การสนับสนุนระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองช่วยส่งเสริมผลลัพธ์ด้านการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย[7] ขณะที่โปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านสามารถช่วยลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้[8] นอกจากนี้ การให้ความรู้และติดตามอย่างต่อเนื่องยังช่วยเพิ่มความสามารถของผู้ดูแลและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง[9]

ในบริบทชุมชน การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรเชื่อมโยงการดูแลระหว่างโรงพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชน งานวิจัยในประเทศไทยพบว่า การฟื้นฟูผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองใน

ชุมชนจำเป็นต้องอาศัยระบบบริการสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและเศรษฐกิจ และกลไกการบริหารจัดการในพื้นที่ร่วมกัน[10] ในบริบทของจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยเฉพาะอำเภอพรหมคีรี ซึ่งมีโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงและเป็นแม่ข่ายของเครือข่ายสุขภาพอำเภอ ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช แสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลพรหมคีรีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ 2565–2567 มีจำนวน 61, 62 และ 64 ราย ตามลำดับ[11] อย่างไรก็ตาม การทบทวนระบบบริการในพื้นที่พบว่ายังมีช่องว่างของการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน โดยเฉพาะการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและผู้ดูแล การส่งต่อเพื่อรับบริการกายภาพบำบัด และการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และชุมชนที่ยังไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้การดูแลที่บ้านขาดความเป็นระบบ ผู้ดูแลบางรายขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย และผู้ป่วยอาจได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพไม่ต่อเนื่อง ซึ่งอาจส่งผลต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้น การพัฒนาระบบบูรณาการการดูแลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเครือข่ายสุขภาพอำเภอพรหมคีรีจึงมีความจำเป็น เพื่อให้เกิดระบบบริการที่เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแล และชุมชน อันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาระบบบูรณาการการดูแลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเครือข่ายสุขภาพอำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ดำเนินการระหว่างเดือน สิงหาคม 2568 ถึงเดือนมกราคม 2569 รวมระยะเวลา 6 เดือน แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ การศึกษาบริบทและวิเคราะห์ปัญหาการพัฒนารูปแบบการดูแล การทดลองใช้รูปแบบในพื้นที่จริง และการประเมินผลและขยายผลการดำเนินงาน โดยแผนผังการดำเนินงานของ PHROM KHIRI Model จากภาพที่ (Figure) 1

การดำเนินงานของ PHROM KHIRI Model เป็นการวิจัยและพัฒนาโดยใช้กระบวนการ R2D2 ทั้งหมด 4 ระยะ ดังนี้

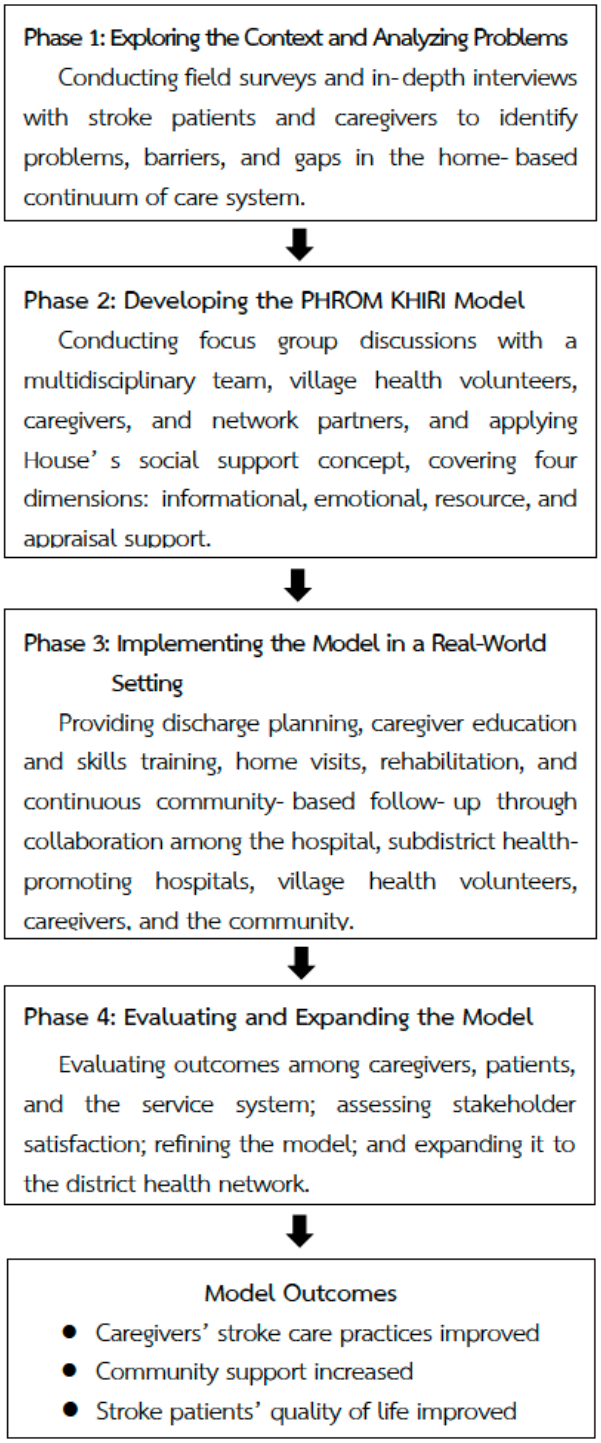


Figure 1 Flowchart of the PHROM KHIRI Model implementation process

ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทและวิเคราะห์ปัญหา (Research 1: R1)

ระยะนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงลึกจากผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลที่ได้รับการติดตามที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases Clinic: NCD Clinic) มาไม่น้อยกว่า 1 ปี และอาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอ

พรหมคีรี คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 15 ราย ดำเนินการเก็บข้อมูลที่บ้านของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์จริง สำรวจประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ปัญหา อุปสรรค ช่องว่างของระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และบริบทด้านครอบครัว ชุมชน และหน่วยบริการ ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนารูปแบบการดูแลในระยะต่อไป การสัมภาษณ์ดำเนินการในสถานที่ที่เป็นส่วนตัวและผู้ให้ข้อมูลรู้สึกปลอดภัย ภายหลังได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและผู้ดูแล ข้อมูลถูกบันทึกโดยการจดบันทึกและการบันทึกเสียงเมื่อได้รับอนุญาตจากผู้ให้ข้อมูล โดยใช้รหัสแทนชื่อเพื่อรักษาความลับ ดำเนินการในเดือนสิงหาคม 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured in-depth interview) สำหรับเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลหลัก เพื่อวิเคราะห์ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ปัญหา อุปสรรค ความต้องการสนับสนุน และช่องว่างของระบบการดูแลต่อเนื่องในพื้นที่ แนวคำถามครอบคลุมประเด็นการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ การฟื้นฟูสมรรถภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การได้รับบริการหลังจำหน่าย และการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และหน่วยบริการ

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การคัดเลือกแบบเจาะจง โดยกำหนดผู้ให้ข้อมูลหลักเบื้องต้นจำนวน 15 ราย เพื่อให้ครอบคลุมผู้มีประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ทั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินความอิ่มตัวของข้อมูลระหว่างการเก็บข้อมูล โดยพิจารณาจากการที่ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลรายท้าย ๆ มีความซ้ำกับประเด็นเดิม ไม่พบประเด็นใหม่ และสามารถอธิบายปรากฏการณ์การดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้ครบถ้วนตามวัตถุประสงค์การวิจัย จึงยุติการเก็บข้อมูลที่ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 15 การสัมภาษณ์แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 30–60 นาที ดำเนินการในสถานที่ที่เป็นส่วนตัวและผู้ให้ข้อมูลรู้สึกปลอดภัย โดยได้รับความยินยอมก่อนการสัมภาษณ์ทุกครั้ง และใช้รหัสแทนชื่อเพื่อรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบมีส่วนร่วม (Development 1: D1)

ระยะนี้เป็นการพัฒนาระบบบูรณาการการดูแลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยนำผลการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการจากการสัมภาษณ์เชิงลึกในระยะที่ 1 มาสังเคราะห์ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ House[12] เพื่อกำหนดองค์ประกอบของรูปแบบการดูแลให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ดำเนินการผ่านการสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งคัดเลือกแบบเจาะจงตามบทบาทและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องที่บ้าน จำนวน 14 คน ประกอบด้วย ตัวแทนผู้ดูแลผู้ป่วย 3 คน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 2 คน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน พยาบาล Long Term Care พยาบาลคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พยาบาลสุขภาพจิต นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 3 คน ดำเนินการในเดือนสิงหาคม 2568

กระบวนการพัฒนารูปแบบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) สรุปประเด็นปัญหาและช่องว่างของระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านจากข้อมูลระยะที่ 1 2) จัดกลุ่มประเด็นเป็นองค์ประกอบของระบบ ได้แก่ การเตรียมความพร้อมผู้ดูแล การดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การส่งต่อข้อมูล การติดตามเยี่ยมบ้าน และการสนับสนุนจากชุมชน 3) ให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมพิจารณาความเหมาะสม ความเป็นไปได้ บทบาทของแต่ละภาคส่วน และกลไกการประสานงาน และ 4) ปรับปรุงร่างรูปแบบตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดลองใช้ในระยะที่ 3 โดยรูปแบบที่ได้กำหนดกิจกรรมการดูแลต่อเนื่อง 20 สัปดาห์ ครอบคลุมการประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแล การให้ความรู้และฝึกทักษะผู้ดูแล การเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพ การติดตามโดยอาสาสมัครสาธารณสุข การให้คำปรึกษาเมื่อพบปัญหา และการประสานงานระหว่างโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ดูแล และชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 2 ประกอบด้วย 1) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม ใช้รวบรวมความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาเดิม องค์ประกอบของระบบ บทบาทผู้เกี่ยวข้อง การประสานงาน และความเป็นไปได้ของรูปแบบ 2) แบบบันทึกการสังเคราะห์องค์ประกอบของรูปแบบ ใช้จัดหมวดหมู่ข้อมูลจากระยะที่ 1 การทบทวนวรรณกรรม และการสนทนากลุ่มเพื่อนำไปกำหนดองค์ประกอบของ PHROM KHIRI Model และ 3) แบบประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของร่างรูปแบบก่อนนำไปทดลองใช้ ใช้ประเมินความชัดเจนขององค์ประกอบกิจกรรม บทบาทของทีมสหวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแล และหน่วยบริการ รวมถึงความต่อเนื่องของระบบการติดตามและประสานงาน เครื่องมือทั้ง 3 ชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ก่อนนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบ

ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบในพื้นที่จริง (Research 2: R2)

ระยะนี้เป็นการทดลองใช้ PHROM KHIRI Model ในพื้นที่จริง โดยใช้การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest–posttest design) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลหลักในเครือข่ายสุขภาพอำเภอพรหมคีรี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง

อยู่ในระยะฟื้นฟู มีผู้ดูแลหลัก โดย “ผู้ป่วยระยะฟื้นฟู” หมายถึง ผู้ป่วยที่พ้นระยะเฉียบพลัน ได้รับการจำหน่ายกลับบ้านแล้ว อาการทางคลินิกคงที่ และยังมีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวหรือการทำกิจวัตรประจำวันที่ต้องได้รับการดูแลและฟื้นฟูต่อเนื่องที่บ้าน ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power 3.1 โดยเลือกสถิติ t tests: Means: Difference between two dependent means (Matched pairs) สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังในกลุ่มเดียว กำหนดค่าพลังอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 และขนาดอิทธิพลระดับปานกลางเท่ากับ 0.50 ตามเกณฑ์ของ Cohen ซึ่งกำหนดให้ขนาดอิทธิพล 0.20, 0.50 และ 0.80 หมายถึงขนาดอิทธิพลระดับเล็ก ปานกลาง และใหญ่ ตามลำดับ(13,14) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 34 คู่ และเพิ่มร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการติดตาม รวมเป็น 38 คู่

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ อายุ 18 ปีขึ้นไป อยู่ในระยะฟื้นฟู มีผู้ดูแลหลักที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เครือข่ายสุขภาพอำเภอพรหมคีรี ได้รับการดูแลต่อเนื่องจากหน่วยบริการในเครือข่ายอย่างน้อย 6 เดือน และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนผู้ดูแลต้องเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย มีบท บาทในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างน้อย 3 เดือน และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีโรครุนแรงอื่นซึ่งอาจมีผลต่อผลลัพธ์ของการวิจัย เช่น มะเร็งระยะท้าย หรือสมองเสื่อมรุนแรง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้และไม่มีผู้ดูแลให้ข้อมูลแทน หรือผู้ดูแลที่มีข้อจำกัดทางร่างกายหรือจิตใจจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยได้

ดำเนินการทดลองใช้รูปแบบเป็นระยะเวลา 20 สัปดาห์ ระหว่างเดือนกันยายน 2568–มกราคม 2569 ประกอบด้วยการประเมินก่อนทดลอง การให้ความรู้และฝึกทักษะผู้ดูแล การดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน การติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพ การติดตามโดยอาสาสมัครสาธารณสุข การให้คำปรึกษาเมื่อพบปัญหา และการประเมินหลังทดลอง เมื่อสิ้นสุดการติดตามมีผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเข้าร่วมครบทั้ง 38 คู่ คิดเป็นอัตราการคงอยู่ในการศึกษา ร้อยละ 100 กรณีผู้ป่วยหรือผู้ดูแลถอนตัวระหว่างการศึกษา ผู้วิจัยกำหนดให้บันทึกเหตุผลการถอนตัว ยุติการติดตามโดยไม่กระทบต่อสิทธิการรับบริการ และวิเคราะห์ข้อมูลเฉพาะรายที่มีข้อมูลก่อนและหลังการทดลองครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 5 ชุด ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระยะเวลาการดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย โรคร่วม และประวัติการรับบริการสุขภาพ

2) แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องที่บ้าน เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม บทบาทของผู้ดูแล และผลการวิเคราะห์ปัญหาในระยะที่ 1 แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่) การดูแลร่างกาย 2) การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ 3) การฟื้นฟูร่างกายและการเคลื่อนไหว และ 4) การป้องกันภาวะ แทรกซ้อน ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (3) ปฏิบัติได้บ้าง (2) และไม่เคยปฏิบัติเลย (1) โดยคะแนนรวมและคะแนนเฉลี่ยที่สูงกว่าแสดงถึงการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องที่บ้านที่ดีกว่า การแปลผลคะแนนใช้ค่าเฉลี่ยรายด้านและค่าเฉลี่ยรวม โดยกำหนดเกณฑ์การตัดสินเป็น 3 ระดับ ดังนี้ การดูแลอยู่ในระดับต่ำ (1.00–1.66) ระดับปานกลาง (1.67–2.33) และระดับสูง (2.34–3.00)

3) แบบประเมินการสนับสนุนจากชุมชน เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ House ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านข้อมูล การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนด้านทรัพยากร และการสนับสนุนด้านการประเมินค่า ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด (1) และมากที่สุด (5) แปลผลจากค่าเฉลี่ยเป็น 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด (1.00–1.80) น้อย (1.81–2.60) ปานกลาง (2.61–3.40) มาก (3.41–4.20) และมากที่สุด (4.21–5.00)

4) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจาก

การทบทวนวรรณกรรม แนวคิดคุณภาพชีวิต และบริบทการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องที่บ้านในชุมชน เพื่อใช้ประเมินการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 5 มิติ ได้แก่ 1) สุขภาพร่างกาย 2) สุขภาพจิตใจ 3) ความสัมพันธ์กับผู้อื่น 4) สิ่งแวดล้อมและบริการ และ 5) การดำเนินชีวิต/การพึ่งพาตนเอง ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบ Likert 5 ระดับ น้อยที่สุด (1) และมากที่สุด (5) โดยคะแนนเฉลี่ยที่สูงกว่าแสดงถึงคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า การแปลผลคะแนนใช้ค่าเฉลี่ยรายมิติและค่าเฉลี่ยรวม แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด (1.00–1.80) น้อย (1.81–2.60) ปานกลาง (2.61–3.40) มาก (3.41–4.20) และมากที่สุด (4.21–5.00)

5) แบบสอบถามความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อ

รูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ใช้สำหรับประเมินผลในระยะที่ 4 ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบ ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความชัดเจนของแนวทางการดูแล 2) ความสะดวกในการนำรูปแบบไปใช้ในการปฏิบัติงาน 3) การสนับสนุนจากหน่วยงานและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และ 4) ความเชื่อมั่นต่อประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ลักษณะคำตอบ

เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ พึงพอใจน้อยที่สุด (1) และมากที่สุด (5) และมีคำถามปลายเปิดสำหรับแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในอนาคต การแปลผลคะแนนใช้ค่าเฉลี่ยรายด้านและค่าเฉลี่ยรวม โดยกำหนดเกณฑ์การตัดสินดังนี้ น้อยที่สุด (1.00–1.80) น้อย (1.81–2.60) ปานกลาง (2.61–3.40) มาก (3.41–4.20) และมากที่สุด (4.21–5.00)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย เครื่องมือเชิงปริมาณที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม และพยาบาลวิชาชีพชั้นสูงสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โดยพิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหา ความชัดเจนของภาษา และความเหมาะสมต่อการนำไปใช้จริง พบว่าค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (I-CVI) อยู่ในช่วง 0.80–1.00 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ จากนั้นผู้วิจัยปรับแก้ข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้ ภายหลังปรับแก้เครื่องมือ ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในพื้นที่มีจำกัด และเพื่อหลีกเลี่ยงการรบกวนกลุ่มตัวอย่างหลักก่อนดำเนินการทดลองจริง การทดลองใช้ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความชัดเจนของภาษา ความเข้าใจต่อข้อคำถาม ลำดับคำถาม ระยะเวลาในการตอบ และความเป็นไปได้ของกระบวนการเก็บข้อมูลก่อนนำไปใช้จริง และการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นเบื้องต้นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ของแบบประเมินการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องที่บ้าน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ความพึงพอใจต่อระบบการดูแลเท่ากับ 0.82, 0.87 และ 0.90 ตามลำดับ สำหรับแบบประเมินการสนับสนุนจากชุมชน ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรง คุณวุฒิ และใช้ผลการทดลองนำร่องเพื่อปรับปรุงความชัดเจนของข้อคำถามก่อนนำไปใช้จริง

สำหรับเครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม ได้รับการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง งานสุขภาพชุมชน และการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อประเมินความชัดเจน ความครอบคลุมของประเด็นคำถาม ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย และความเหมาะสมของภาษาก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง

ระยะที่ 4 การประเมินผล ปรับปรุง และขยายผลการดำเนินงาน (Development 2: D2)

ระยะนี้เป็นการติดตามผลลัพธ์ภายหลังการทดลองใช้ PHROM KHIRI Model ในพื้นที่จริง เพื่อนำข้อมูลมาทบทวน ปรับปรุง และพัฒนารูปแบบให้มีความสมบูรณ์และเหมาะสมกับบริบทของเครือข่ายสุขภาพอำเภอพรหมคีรี ดำเนินการโดยนำข้อมูลผลลัพธ์จากระยะที่ 3 ได้แก่ คะแนนการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล การสนับสนุนจากชุมชน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และข้อเสนอแนะจากการดำเนินงาน มานำเสนอในเวทีประชุมร่วมกับผู้บริหารเครือข่ายสุขภาพ ทีมสหวิชา ชีพ และหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในอำเภอพรหมคีรีเพื่อร่วมกันวิเคราะห์จุดแข็ง ข้อจำกัด ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง และแนวทางการขยายผลสู่ระบบบริการระดับอำเภอ

เครื่องมือที่ใช้ในระยะนี้ ได้แก่ แบบสรุปผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรคของการใช้รูปแบบ แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้องต่อ PHROM KHIRI Model และแบบบันทึกข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงและขยายผลรูปแบบ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการประชุมทบทวนผล การตอบแบบสอบถามความพึงพอใจ และการบันทึกข้อเสนอแนะจากผู้เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจากการประชุมและข้อเสนอแนะใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการประเมินนำไปใช้ปรับปรุงแนวทางการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน กำหนดบทบาทของหน่วยบริการและอาสาสมัครสาธารณสุขให้ชัดเจน และจัดทำแนวทางการประสานงานเพื่อให้สามารถนำรูปแบบไปใช้ต่อเนื่องในเครือข่ายสุขภาพอำเภอพรหมคีรี

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลด้วยสถิติพรรณนา

2) วิเคราะห์ระดับคะแนนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องที่บ้าน การสนับสนุนจากชุมชน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

3) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา เพื่อจัดหมวดหมู่ตีความ และสังเคราะห์ประเด็นสำคัญสำหรับการพัฒนาระบบการดูแล

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ตามเอกสารรับรองเลขที่ NSTPH 168/2568 ลงวันที่ 21 กรกฎาคม 2568

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทและปัญหา

ดำเนินการภายใต้การกำกับของผู้อำนวยการโรงพยาบาลพรหมคีรี โดยร่วมกับเครือข่ายสุขภาพอำเภอพรหมคีรี รวบรวม

ข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายผ่านแบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยและผู้ดูแล การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า ผู้ดูแลต้องเผชิญภาระการดูแลหลายมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และการปรับตัวต่อบทบาทใหม่ โดยเฉพาะในช่วงแรกหลังผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังขาดความมั่นใจในการดูแล การเคลื่อนย้าย การฟื้นฟูสมรรถภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการจัดการปัญหาเฉพาะหน้า ขณะเดียวกันระบบสนับสนุนหลังจำหน่ายยังไม่ต่อเนื่อง ทั้งด้านการให้คำแนะนำ การติดตามเยี่ยมบ้าน การส่งต่อข้อมูล และการประสานงานระหว่างหน่วยบริการ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าต้องรับภาระการดูแลด้วยตนเอง ดังคำสะท้อนของผู้ดูแลรายหนึ่งว่า “ตอนกลับมาอยู่บ้านใหม่ ๆ ยังไม่มั่นใจว่าจะดูแลอย่างไร กลัวทำไม่ถูก โดยเฉพาะการพลิกตัว การพยุงเดิน และการดูแลไม่ให้เกิดแผลกดทับ ถ้ามีทีมสุขภาพมาเยี่ยมบ้านหรือมีช่องทางให้ปรึกษา จะทำให้ดูแลผู้ป่วยได้มั่นใจขึ้น” ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่เชื่อมโยงทีมสุขภาพ ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข และชุมชน เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่

ระยะที่ 2: การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องที่บ้าน

ระยะนี้ได้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลที่ครอบคลุมและเชื่อมโยงการทำงานระหว่างโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และผู้ดูแลในชุมชน โดยอาศัยการบูรณาการระบบบริการสุขภาพในเครือข่ายสุขภาพอำเภอพรหมคีรี การพัฒนารูปแบบการดูแลในระยะนี้ได้รับการออกแบบโดยอิงข้อมูลจากการวิเคราะห์ในระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมถึงข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม (Focus group) ซึ่งประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ อสม. และผู้ดูแลผู้สูงอายุ รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประยุกต์ใช้แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ ของ House[12] เป็นกรอบสำคัญในการออกแบบระบบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องที่บ้าน โดยครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ การสนับสนุนด้านข้อมูล การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนด้านทรัพยากร และการสนับสนุนด้านการประเมินค่า ทั้งนี้ การสนับสนุนด้านข้อมูลมุ่งให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค การดูแลอาการ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสมรรถภาพผ่านคู่มือและสื่อที่เหมาะสม การสนับสนุนทางอารมณ์มุ่งลดความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ป่วยและผู้ดูแลผ่านการรับฟัง ให้คำปรึกษา และการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ ส่วนการสนับสนุนด้านทรัพยากรมุ่งให้ผู้ป่วยเข้าถึงอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเหมาะสม ขณะที่การสนับสนุนด้านการประเมินค่ามุ่งติดตามผลการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย สรุปผลการพัฒนารูปแบบ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกสะท้อนว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องที่บ้านมีความซับซ้อนทั้งในมิติระบบบริการและมิติทางสังคมจิตใจของผู้ดูแล โดยประเด็นสำคัญที่พบ ได้แก่ ความไม่ต่อเนื่องของการส่งต่อและติดตาม ภาระและความเปราะบางของผู้ดูแล ข้อจำกัดด้านความรู้ ทักษะ และทรัพยากร ตลอดจนความต้องการการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงนำผลการสังเคราะห์ดังกล่าวมาพัฒนาเป็น PHROM KHIRI Model โดยบูรณาการแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ House ร่วมกับกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อให้เกิดรูปแบบการดูแลที่ครอบคลุมการจัดระบบบริการ การส่งต่อข้อมูล การทำงานของทีมสหวิชาชีพ การสนับสนุนผู้ดูแล และการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ

ความหมายและโครงสร้างของ PHROM KHIRI Model

PHROM KHIRI Model เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องที่บ้านที่พัฒนาขึ้นตามบริบทของเครือข่ายสุขภาพอำเภอพรหมคีรี โดยใช้อักษรของคำว่า PHROM KHIRI เป็นกรอบแนวคิดหลักของรูป แบบ ประกอบด้วย 10 องค์ประกอบ ได้แก่ P = Participation การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน, H = Home-based care การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน, R = Referral system ระบบส่งต่อและเชื่อมโยงบริการ, O = Organization การจัดระบบบริการระดับอำเภอ, M = Multidisciplinary team การทำงานของทีมสหวิชาชีพ K = Knowledge support การสนับสนุนด้านความรู้และทักษะ, H = Humanized support การสนับสนุนด้านจิตใจและการเสริมพลังผู้ดูแล, I = Information linkage การเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการ, R = Resource support การสนับสนุนทรัพยากรและอุปกรณ์ที่จำเป็น และ I = Integrated evaluation การติดตาม ประเมินผล และปรับปรุงการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยรูปแบบดังกล่าวขับเคลื่อนผ่านกลไกสำคัญ ได้แก่ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย การเยี่ยมบ้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการติดตามต่อเนื่องในชุมชน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์สำคัญ คือ ผู้ดูแลมีการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น การสนับสนุนทางสังคมจากชุมชนเพิ่มขึ้น และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องที่บ้านที่ได้พัฒนาขึ้น

การประเมินประสิทธิผลของ PHROM KHIRI Model ดำเนินการโดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- experimental

research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest–posttest design) ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล จำนวน 38 ราย ระยะเวลา 20 สัปดาห์ เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการดำเนินโครงการในด้านต่าง ๆ เช่น พฤติกรรมการดูแลตนเอง การสนับสนุนจากชุมชน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเน้นการประสานงานและบูรณาการการทำงานระหว่างโรงพยาบาล รพ.สต. อสม. และภาคีในชุมชน เพื่อเสริมสร้างความต่อเนื่องในการดูแลและเพิ่มประสิทธิภาพในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย สรุปผลการวิจัยดังต่อไปนี้

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 73.5 มีอายุเฉลี่ย 70.06 ปี (SD = 9.61) อยู่ในช่วงอายุ 52–89 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 58.8 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 50.0 รองลงมาคือรับจ้างทั่วไปและค้าขาย ร้อยละ 14.7 เท่ากัน มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,441.18 บาท (SD = 3,915.33) และมีระดับการศึกษาประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 58.8 โดยส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมาเป็นระยะเวลา 3 ปี ร้อยละ 35.3 สำหรับผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.4 มีอายุเฉลี่ย 51.21 ปี (SD = 10.38) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 70.6 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 64.7 รองลงมาคือค้าขาย ร้อยละ 17.6 และรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 14.7 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6,764.71 บาท (SD = 4,287.44) โดยมีระดับการศึกษามัธยมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 47.1 ผู้ดูแลส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลา 2 ปี ร้อยละ 44.1 เกือบทั้งหมดเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย ร้อยละ 94.1 และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบุตรหรือหลาน ร้อยละ 32.4 เท่ากัน

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องที่บ้านสูงกว่าก่อนการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งโดยรวมและรายด้าน โดยคะแนนเฉลี่ยรวมเพิ่มจาก 2.32 เป็น 2.60 คะแนน เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คะแนนด้านการดูแลร่างกายเพิ่มจาก 2.48 เป็น 2.66 คะแนน ด้านการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์เพิ่มจาก 2.11 เป็น 2.47 คะแนน ด้านการฟื้นฟูร่างกายและการเคลื่อนไหวเพิ่มจาก 2.30 เป็น 2.54 คะแนน และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพิ่มจาก 2.39 เป็น 2.73 คะแนน สะท้อนว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นช่วยส่งเสริมการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังตารางที่ (Table) 1

Table 1 Comparison of mean scores for home-based continuing care of stroke patients by caregivers before and after the intervention (n = 38)

Variable	Mean (SD)		Mean Difference	95% CI		t	p-value
	Pre	Post		Lower	Upper		
Physical care	2.48 (0.34)	2.66 (0.26)	-0.18	-0.28	-0.07	-3.518	0.001
Psychological care	2.11 (0.21)	2.47 (0.31)	-0.36	-0.47	-0.25	-6.862	<0.001
Rehabilitation care	2.30 (0.31)	2.54 (0.31)	-0.25	-0.38	-0.11	-3.713	0.001
Preventive care	2.39 (0.38)	2.73 (0.36)	-0.34	-0.48	-0.21	-5.098	<0.001
Total	**2.32 (0.23)**	**2.60 (0.24)**	**-0.28**	**-0.35**	**-0.21**	**-8.207**	**<0.001**

ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า ระดับการสนับสนุนจากชุมชน ซึ่งประเมินโดยผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 38 ราย เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกมิติ โดยคะแนนเฉลี่ยรวมเพิ่มจาก 3.21 เป็น 3.84 คะแนน เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านข้อมูลข่าวสารเพิ่มจาก 3.14 เป็น 3.91 คะแนน ด้านอารมณ์เพิ่มจาก 3.29 เป็น 3.84 คะแนน ด้านทรัพยากรเพิ่มจาก 3.16 เป็น 3.67 คะแนน และด้านการประเมินค่าเพิ่มจาก 3.24 เป็น 3.93 คะแนน สะท้อนว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายสุขภาพในชุมชนและเพิ่มระดับการสนับสนุนทางสังคมได้อย่างชัดเจน ดังตารางที่ (Table) 2

Table 2 Comparison of mean scores for community support in home-based continuing care for stroke patients before and after the intervention (n = 38)

Variable	Mean (SD)		Mean Difference	95% CI		t	p-value
	Before	After		Lower	Upper		
Informational	3.14 (0.46)	3.91 (0.50)	-0.76	-0.97	-0.55	-7.299	<0.001
Emotional	3.29 (0.54)	3.84 (0.40)	-0.55	-0.76	-0.35	-5.462	<0.001
Resource	3.16 (0.56)	3.67 (0.41)	-0.51	-0.71	-0.32	-5.390	<0.001
Appraisal	3.24 (0.68)	3.93 (0.58)	-0.70	-0.98	-0.42	-5.054	<0.001
Total	**3.21 (0.40)**	**3.84 (0.37)**	**-0.63**	**-0.79**	**-0.47**	**-8.079**	**<0.001**

ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน โดยคะแนนเฉลี่ยรวมเพิ่มจาก 3.22 เป็น 3.77 คะแนน เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านสุขภาพร่างกายเพิ่มจาก 3.16 เป็น 3.84 คะแนน ด้านสุขภาพจิตใจเพิ่มจาก 3.20 เป็น 3.68 คะแนน ด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่นเพิ่มจาก 3.01 เป็น 3.58 คะแนน ด้านสิ่งแวดล้อมและบริการเพิ่มจาก 3.32 เป็น 3.68 คะแนน และด้านการดำเนินชีวิต/การพึ่งพาตนเองเพิ่มจาก 3.41 เป็น 4.04 คะแนน สะท้อนว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีส่วนช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม และการดำเนินชีวิตอย่างเป็นองค์รวม ดังตารางที่ (Table) 3

Table 3 Comparison of mean scores for quality of life of stroke patients before and after the intervention (n = 38)

Variable	Mean (SD)		Mean Difference	95% CI		t	p-value
	Before	After		Lower	Upper		
Physical health	3.16 (0.78)	3.84 (0.44)	-0.68	-0.94	-0.43	-5.444	<0.001
Psychological health	3.20 (0.64)	3.68 (0.41)	-0.49	-0.69	-0.28	-4.754	<0.001
Social relationships	3.01 (0.47)	3.58 (0.46)	-0.57	-0.73	-0.40	-7.038	<0.001
Environment	3.32 (0.49)	3.68 (0.43)	-0.37	-0.53	-0.21	-4.646	<0.001
Daily living	3.41 (0.50)	4.04 (0.52)	-0.63	-0.85	-0.41	-5.771	<0.001
Total	**3.22 (0.42)**	**3.77 (0.34)**	**-0.55**	**-0.68**	**-0.42**	**-8.616**	**<0.001**

ระยะที่ 4: เผยแพร่และขยายผลการวิจัย

ภายหลังการพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องที่บ้านในพื้นที่นำร่องแล้ว ได้มีการเผยแพร่และขยายผลสู่หน่วยบริการสุขภาพอื่นในเครือข่าย โดยจัดอบรมเพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้ ทักษะ และแนวทางการดำเนินงานแก่บุคลากรสาธารณสุขและภาคีเครือข่าย พร้อมทั้งติดตามการนำรูปแบบไปใช้จริงในพื้นที่ เพื่อประเมินความเหมาะสม ความชัดเจนของขั้นตอน และความเป็นไปได้ในการประยุกต์ใช้ตามบริบทของแต่ละหน่วยบริการ และจากผลการประเมินความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้องจำนวน 14 คน พบว่าโดยรวมมีความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 81.43 และระดับดี ร้อยละ 18.57 โดยประเด็นที่มีความพึงพอใจระดับดีมากสูงสุด ได้แก่ ความชัดเจนของขั้นตอนการดำเนินงาน และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย รวมทั้งภาพรวมของการดำเนินงานและผลลัพธ์ของรูปแบบ ร้อยละ 85.71 เท่ากัน สะท้อนว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม ชัดเจน และสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทพื้นที่

อภิปรายผล

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า PHROM KHIRI Model ช่วยส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อ เนื่องที่บ้านของผู้ดูแล เพิ่มการรับรู้การสนับสนุนจากชุมชน และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผลดังกล่าวสามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ House ซึ่งประกอบด้วยการสนับสนุนด้านข้อมูล ด้านอารมณ์ ด้านทรัพยากร และด้านการประเมินค่า โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นได้นำแนวคิดดังกล่าวสู่การปฏิบัติจริงผ่านการให้ความรู้และคู่มือการดูแลแก่ผู้ดูแล การให้คำปรึกษาและกำลังใจ การประสานอุปกรณ์และบริการที่จำเป็น การติดตามเยี่ยมบ้าน และการสะท้อนผลการดูแลจากทีมสุขภาพและชุมชน กลไกเหล่านี้ช่วยลดความไม่มั่นใจของผู้ดูแล เพิ่มความสามารถ

ในการจัดการปัญหาที่บ้าน และทำให้การดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายมีความต่อเนื่องมากขึ้น(12)

เมื่อพิจารณาองค์ประกอบของ PHROM KHIRI Model พบว่ารูปแบบนี้มีความแตกต่างจากการดูแลต่อเนื่องทั่วไปที่มักเน้นเฉพาะการเยี่ยมบ้านหรือการให้คำแนะนำหลังจำหน่าย กล่าวคือ รูปแบบนี้เริ่มจากการวิเคราะห์ปัญหาในพื้นที่จริง รับฟังประสบการณ์ของผู้ป่วย ผู้ดูแล และเครือข่ายบริการ แล้วนำข้อมูลมาพัฒนาร่วมกับทีมสหวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแล และภาคีชุมชน จึงทำให้รูปแบบมีความสอดคล้องกับบริบทอำเภอพรหมคีรี จุดเด่นของรูปแบบคือการเชื่อมโยงบทบาทระหว่างโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแล และชุมชน ทำให้เกิดระบบการดูแลที่มีทั้งการส่งต่อข้อมูล การฟื้นฟูที่บ้าน การติด ตามต่อเนื่อง และการสนับสนุนจากชุมชนอย่างเป็นระบบ แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับหลักฐานที่ระบุว่าการดูแลแบบบูรณาการหลังโรคหลอดเลือดสมองควรเป็นระบบที่เชื่อมโยงบริการสุขภาพหลายระดับและมีผู้ป่วยเป็นศูนย์ กลาง เพื่อส่งเสริมผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิต ภาวะซึมเศร้า และการฟื้นตัวหลังระยะเฉียบพลัน[15,16] ผลที่ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น อาจเกิดจากรูปแบบนี้มีการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลทั้งด้านความรู้ ทักษะการดูแล การฟื้นฟูร่างกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และช่องทางขอคำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวต่อบทบาทการดูแลและจัดการปัญหาเฉพาะหน้าที่บ้านได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยว กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบว่า ผู้ดูแลต้องการการสนับสนุนด้านความรู้ การฝึกทักษะ การให้คำปรึก ษา และการดูแลด้านจิตใจ เพื่อลดภาระและเพิ่มความพร้อมในการดูแลระยะยาว[17] ขณะเดียวกัน การฟื้นฟูที่บ้านเป็นแนวทางที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในสิ่งแวดล้อมจริงและคุ้นเคย ซึ่งมีหลักฐานว่าการฟื้นฟูที่บ้านสามารถช่วยส่งเสริมความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และอาจให้ผลดีกว่าการดูแลตามปกติหลังจำหน่ายในบางบริบท(18)

การสนับสนุนจากชุมชนและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นสะท้อนว่า PHROM KHIRI Model ช่วยขยายการดูแลจากระดับครอบครัวไปสู่ระดับเครือข่ายสุขภาพอำเภอ โดยเพิ่มบทบาทของชุมชนในการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ทรัพยากร และการติดตามประเมินผล การดูแลลักษณะนี้สอดคล้องกับบริบทการฟื้นฟูผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนไทยที่ต้องอาศัยความร่วมมือของครอบครัว บุคลากรสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และทรัพยากรทางสังคมในพื้นที่[10] ดังนั้น ผลการศึกษานี้จึงสนับสนุนแนวคิดว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายไม่ควรเป็นภาระของครอบครัวเพียงฝ่ายเดียว แต่ควรจัดเป็นระบบบริการต่อเนื่องในชุมชนที่มีการประสานงานและติดตามอย่างชัดเจน

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณา ได้แก่ การใช้แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังโดยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ จึงอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่น เช่น ประสบการณ์ของผู้ดูแลที่เพิ่มขึ้นตามเวลา การฟื้นตัวตามธรรมชาติของผู้ป่วย หรือผลจากการวัดซ้ำ นอกจากนี้ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงในพื้นที่เดียวอาจจำกัดการอ้างอิงผลไปยังพื้นที่อื่นที่มีบริบทแตกต่างกัน และการศึกษายังไม่ได้ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกบางด้าน เช่น ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยและผู้ดูแล ภาวะแทรกซ้อน และการกลับมารักษาซ้ำ การศึกษาครั้งต่อไปควรมีกลุ่มเปรียบเทียบ ติดตามผลระยะยาว และเพิ่มตัวชี้วัดทางคลินิกและจิตสังคม เพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

ในเชิงปฏิบัติ PHROM KHIRI Model สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระบบการดูแลระยะยาว และงานเยี่ยมบ้านของเครือข่ายบริการสุขภาพ โดยควรกำหนดบทบาทของทีมสหวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแล และชุมชนให้ชัดเจน จัดทำระบบส่งต่อข้อมูลและช่องทางปรึกษาต่อเนื่อง รวมทั้งพัฒนาคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ สำหรับการวิจัยในอนาคต ควรทดสอบรูปแบบในหลายพื้นที่ ใช้การออกแบบวิจัยที่มีกลุ่มควบคุม และประเมินผลด้านต้นทุน ความคุ้มค่า ความยั่งยืน และความพร้อมในการขยายผล เพื่อสนับสนุนการนำรูปแบบไปใช้ในระบบบริการสุขภาพระดับพื้นที่อย่างมีประสิทธิผล

เอกสารอ้างอิง

1. Feigin VL, Brainin B, Norrving B, Martins SO, Pandian J, Lindsay P, et al. World Stroke Organization: Global Stroke Fact Sheet 2025. Int J Stroke. 2025;20(2):132-44.
2. GBD 2021 Stroke Risk Factor Collaborators. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet Neurol. 2024;23(10):973-1003.
3. GBD 2019 Stroke Collaborators. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet Neurol. 2021;20(10):795-820.
4. Namwong T, Arrirak N. Prevalence and factors associated with stroke among the elderly in

Yasothon province. Dis Control J. 2023;49(1):149-57. (in Thai)
5. Jarintanan P, Singh N, Suthienkul O, Boonkrong P. Established and emerging risk factors of stroke in Asian countries: a systematic review. Thai J Public Health. 2024;54(2):952-67.
6. Posri N, Srisatidnarakul B, Hickman RL. Development of a readiness for hospital discharge assessment tool in Thai patients with stroke. Belitung Nurs J. 2022;8(1):75-83.
7. O'Callaghan G, Fahy M, Murphy P, Langhorne P, Galvin R, Horgan F. Effectiveness of interventions to support the transition home after acute stroke: a systematic review and meta-analysis. BMC Health Serv Res. 2022;22(1):1095.
8. Srichote W, Pitchayakoon N. Effectiveness of home-based continuing care programs on burden among caregivers of stroke patients: a systematic review and meta-analysis. Nursing Journal CMU. 2024;51(4):146-65. (in Thai)
9. Wang F, Feng WM, Zhu M, Sun Q, Zhang YM, Wang B, et al. A study on the effect of using the video teach-back method in continuous nursing care of stroke patients. Front Public Health. 2024;12:1275447.
10. Somtua N, Nuntaboot K. Community-based rehabilitation for older adults post-stroke in Thailand: an ethnographic study. Belitung Nurs J. 2025;11(2):205-14.
11. Ministry of Public Health. Health Data Center: stroke morbidity report, Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; [cited 2026 Jun 14]. Available from: https://hdc.moph.go.th/nst/public/standard-subcatalog/6a1fdf282fd28180eed7d1c-fe0155e11e11
12. House JS, Kahn RL. Measures and concepts of social support. In: Cohen S, Syme SL, editors. Social Support and Health. Orlando (FL): Academic Press; 1985. p. 83-108
13. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
14. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods. 2007;39(2):175-91.
15. Eustace I, Buckley BJR, Kaya I, Hoad KL, France-Ratcliffe M, Hill AM, et al. Integrated care management for patients following acute stroke: a systematic review. QJM. 2025;118(5):317-28.
16. Liu B, Cai J, Zhou L. Effectiveness of integrated care models for stroke patients: a systematic review and meta-analysis. J Nurs Scholarsh. 2025;57(2):266-97.
17. Chen H, Makhdzir N, Loh WC, Wang L. Quality of life of family caregivers of stroke patients: a systematic review of qualitative research. Pak J Med Sci. 2025;41(4):1211-8.
18. Do Y, Lim Y, Jin S, Lee H. Effectiveness of home-based rehabilitation on activities of daily living in patients with stroke: systematic review and meta-analysis. Phys Ther. 2025;105(6).